

3 災害共済給付金の支払われる金額等について

医療費…療養に要した総額の $4/10$ の額。 $(3/10$ は個人負担額、 $1/10$ は療養に要する費用。) 高額医療 (総額 70,000 円以上) に該当する場合は別途支給。

例：医療総額 5,000 円 (500 点) の場合

A. 「療養に要する費用」の額	$5,000 \text{ 円} \times (3/10) = 1,500 \text{ 円}$
B. 「療養に伴って要する費用」の額	$5,000 \text{ 円} \times (1/10) = 500 \text{ 円}$
C. 最小支給額 (A + B)	$1,500 \text{ 円} + 500 \text{ 円} = 2,000 \text{ 円}$

※医療費 (総額) が 5,000 円 (500 点) 未満のものは請求できません。

しかし治療を継続している場合は、翌月のものと併せて 5,000 円を越えるものは対象となります。

※支給期間は初診より最長 10 年です。また、事故発生より 2 年間請求がない場合は時効となり請求権がなくなります。

※薬剤費についても対象となります。

障害見舞金…障害が残った場合は、等級により 4,000 万円から 88 万円。(通学中は半額)

死亡見舞金…事故が原因で死亡した場合、3,000 万円。(通学中は半額)

4 共済掛金額 (保護者負担金) について (年額)

児童生徒 1 人あたりの掛金 935 円	吉川市の負担金 475 円	保護者の負担金 460 円
----------------------	---------------	---------------

問合せ先 吉川市教育委員会 学校教育課 学校支援担当 984-3564 (直通)

き り と り せ ん

同 意 書

学校長 様

令和 年 月 日

吉川市教育委員会が独立行政法人日本スポーツ振興センターと締結する災害共済給付契約について、下記児童生徒が在学する期間、加入することに同意します。

吉川市立 _____ 学校 _____ 年 _____ 組 児童生徒名 _____

保護者氏名 _____ 印

※2年生以上は同意書の提出は不要です。